

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO.

INSTITUCION DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA

NETBY

RUC

CIU

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

401301718

NUMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

SEXO

EDAD (AÑOS)

RELIGION

CATOLICA

EVANGELICA

TESTIGO GEOVA

MORMONA

OTRAS

GRUPO SANGUINEO

O+

LATERALIDAD

DIESTRA

ORIENTACION SEXUAL

LESBIANA

GAY

BISEXUAL

HETEROSEXUAL

NO SABE / NO RESPONDE

IDENTIDAD DE GENERO

FEMENINO

MASCULINO

TRANS FEMENINO

TRANS MASCULINO

NO SABE / NO RESPONDE

DISCAPACIDAD

SI

NO

TIPO

(%)

FECHA DE INGRESO AL TRABAJO (aaaa/mm/dd)

PUESTO DE TRABAJO (CIUO).

AREA DE TRABAJO

ACTIVIDADES RELEVANTES AL PUESTO A OCUPAR.

GERENTE DE PROYECTO

B. MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN VERSION DEL INFORMANTE.

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

C. ANTECEDENTES PERSONALES.

ANTECEDENTES CLINICOS Y QUIRURGICOS.

APP: ACNE DIAGNOSTICADO HACE 6 MESES Y SEGUIMIENTO CON DERMATOLOGIA, EN TRATAMIENTO CON ESPIRONOLACTONA 25MG QD

AOX: CORRECCION VISUAL HACE 1 AÑO BILATERAL POR ASTIGMATISMO Y MIOPIA

ALERGIAS: NO REFIERE

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

MENARQUIA

12

CICLOS

R

FECHA ULTIMA MENSTRUACION

25-Jan

GESTAS

0

PARTOS

0

CESAREAS

0

ABORTOS

0

HIJOS

VIVOS

0

MUERTOS

0

VIDA SEXUAL ACTIVA

SI

NO

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

SI

NO

TIPO

PRESERVATIVO

EXAMENES REALIZADOS

SI

NO

TIEMPO (AÑOS)

1A6M

RESULTADOS

NORMAL

EXAMENES REALIZADOS

ECO MAMARIO

SI

NO

TIEMPO

RESULTADOS

PAPANICOLAOU

SI

NO

1A6M

NORMAL

ECO MAMARIO

SI

NO

TIEMPO

RESULTADOS

COLPOSCOPIA

SI

NO

1A3M

HPV (CONIZACION)

MAMOGRAFIA

SI

NO

TIEMPO

RESULTADOS

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS MASCULINOS

EXAMENES REALIZADOS

SI

NO

TIEMPO (AÑOS)

RESULTADOS

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

SI

NO

TIPO

HIJOS

VIVOS

MUERTOS

ANTÍGENO PROSTÁTICO

SI

NO

ECO PROSTÁTICO

SI

NO

HABITOS TOXICOS

ESTILO DE VIDA

CONSUMO NOSIVOS

SI

NO

TIEMPO DE CONSUMO

CANTIDAD

EX CONSUMIDOR

TIEMPO DE ABSTINENCIA

ESTILO

SI

NO

CUAL ?

TIEMPO / CANTIDAD

TABACO

SI

NO

TIEMPO DE CONSUMO

CANTIDAD

EX CONSUMIDOR

TIEMPO DE ABSTINENCIA

ACTIVIDAD FÍSICA

SI

NO

TROTE, PESAS

Tiempo (día) SEMANAL 4H /SEM

ALCOHOL

SI

NO

TIEMPO DE CONSUMO

CANTIDAD

EX CONSUMIDOR

TIEMPO DE ABSTINENCIA

MEDICACIÓN HABITUAL

SI

NO

ESPIRONOLACTONA 25 MG QD

Cantidad (unidad)

OTRAS DROGAS:

SI

NO

TIEMPO DE CONSUMO

CANTIDAD

EX CONSUMIDOR

TIEMPO DE ABSTINENCIA

MEDICACIÓN HABITUAL

SI

NO

D. ANTECEDENTES LABORALES.

ANTECEDENTES DE EMPLEOS ANTERIORES

EMPRESA

TV CABLE

PUESTO DE TRABAJO

LIDER DE PROYECTOS

ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑABA

TIEMPO DE TRABAJO

7A

RIESGOS

FISICOS

MECANICOS

QUIMICOS

BIOLOGICOS

ERGONOMICOS

PSICOSOCIALES

OBSERVACIONES.

NO REFIERE

ACCIDENTES DE TRABAJO.

FUE CALIFICADO POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:

ESPECIFICAR:

NO

X

FECHA:

aaaa

mm

dd

Observaciones:

ENFERMEDADES PROFESIONALES																							
FUE CALIFICADA POR EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE:																							
										ESPECIFICAR:				NO	X	FECHA:							
																aaaa		mm		dd			
Observaciones:																							

E. ANTECEDENTES FAMILIARES (DETALLAR EL PARENTESCO)												MARCAR Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO																			
1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR				2. ENFERMEDAD METABOLICA				3. ENFERMEDAD NEUROLOGICA				4. ENFERMEDAD ONCOLOGICA				5. ENFERMEDAD INFECCIOSA.				6. ENFERMEDAD HEREDITARIA /				7. DISCAPACIDADES.				8. OTRAS.			

PADRE: HIPERTENSION ARTERIAL																							

PUESTO DE TRABAJO / AREAS.		ACTIVIDADES.		FISICOS								MECANICOS.								QUIMICO.																
				TEMPERATURAS ALTAS	TEMPERATURAS BAJAS	RADIACION IONIZANTES	RADIACION NO IONIZANTES	RUIDO	VIBRACION	ILUMINACION	VENTILACION	FLUIDO ELECTRICO	OTROS: _____	ATRAPAMIENTO ENTRE MAQUINAS	ATRAPAMIENTO ENTRE SUPERFICIES	ATRAPAMIENTO ENTRE OBJETOS	CAIDA DE OBJETOS	CAIDAS AL MISMO NIVEL	CAIDAS DIFERENTES NIVEL	CONTACTO ELECTRICO	CONTACTO CON SUPERFICIES DE TRABAJO	PROYECCION DE PARTICULAS - FRAGMENTOS	PROYECCION DE FLUIDOS	PINCHAZOS	CORTES	ATROPELLAMIENTOS POR VEHICULOS	CHOQUE/ COLISION VEHICULAR	OTROS: _____	SOLIDOS	POLVOS	HUMOS	LIQUIDOS	VAPORES	AEREO SOLES	NEBLINAS	GASEOSOS
1.	GERENTE DE PROYECTO															X																				
2.																																				
3.																																				
4.																																				

PUESTO DE TRABAJO / AREAS.		ACTIVIDADES.		BIOLOGICO					ERGONOMICO				PSICOSOCIALES.								MEDIDAS PREVENTIVAS															
				VIRUS	HONGOS	BACTERIAS	PARASITOS	EXPOSICION VECTORES	EXPOSICION ANIMALES - SELVATICOS	OTROS: _____	MANEJO MANUAL DE CARGAS.	MOVIMIENTOS REPETITIVOS	POSTURAS FORSADAS	TRABAJOS CON PVD	OTROS: _____	MONOTOMIA DEL TRABAJO	SOBRECARGA LABORAL	MINUCIENCIA DE LA TAREA	ALTA RESPONSABILIDAD	AUTONOMIA EN LA TOMA DE DECISIONE					SUPERVISION Y ESTILOS DE DIRECCION	CONFLICTO DE ROL	FALTA DE CLARIDAD EN LAS FUNCIONES.	INCORRECTA DISTRIBUCION DEL TRABAJO	TURNOS ROTATIVOS.	RELACIONES INTERPERSONALES	INESTABILIDAD LABORAL	OTROS: _____				
1.	GERENTE DE PROYECTO														X																					
2.																																				
3.																																				
4.																																				

G. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES.																							
NO REFIERE																							

H. ENFERMEDAD ACTUAL																							
PACIENTE AL MOMENTO ASINTOMATICO																							

I. REVISION ACTUAL POR ORGANOS Y SISTEMAS.																							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. PIEL - ANEXOS.		3. RESPIRATORIO		5. DIGESTIVO.		7. MUSCULO- ESQUELETICO.		9. HEMO- LINFATICO.	
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS.		4. CARDIO - VASCULAR		6. GENITO - URINARIO		8. ENDOCRINOLOGICO.		10. NERVIOSO.	

SPA

J. CONSTANTES VITALES Y ANTROPOMETRICAS.

PRESION ARTERIA (mmhg.)	TEMPERATURA (°C).	FRECUENCIA CARDIACA (lat/min).	SATURACION DE OXIGENO (O2%)	FRECUENCIA RESPIRATORIA (fr/min).	PESO (KG).	TALLA (CM).	INDICE MASA CORPORAL (kg/m2).	PERIMETRO ABDOMINAL (cm).

K. EXAMEN FISICO REGIONAL.

REGIONES																	
1. PIEL	a. Cicatrices.		3. OIDOS	a. Cond. Auditivo Externo.		5. NARIZ	a. Tabique.		8. TORAX	c. Pulmones.		11. PELVIS	a. Pelvis.				
	b. Tatuajes.			b. Pabelon.			b. Cornetes.			d. Parrilla costal.			b. Genitales.				
	c. Piel y Faneras.			c. Timpanos.			c. Mucosa.		10. COLUMNA 9. ABDOMEN	a. Visceras.		12. EXTREMIDADES	a. Vascular				
2. OJOS	a. Párpados.		4. ORO-FARINGE	a. Labios.		6. CUELLO	d. Senos paranasales.			b. Pared abdominal			b. Miembros Superiores.				
	b. Conjuntivas			b. Lengua.			a. Tiroides / Masas.			a. Flexibilidad.			c. Miembros Inferiores.				
	c. Pupilas.			c. Faringe			b. Movilidad.			b. Desviacion.		13. NEUROLOGICO.	a. Fuerza.				
	d. Corneas.			d. Amigdalas.			a. Mamas.			c. Dolor.			b. Sensibilidad.				
	e. Motilidad.			e. Dentadura.			b. Corazon.						c. Marcha.				
OBSERVACIONES: SI EXISTE EVIDENCIA DE PATOLOGIA MARCAR CON UNA "X" Y DESCRIBIR EN LA SIGUIENTE SECCION COLOCANDO EL NUMERAL.												d. Reflejos.					

VALORACION VIA TELEMATICA

L. RESULTADOS DE EXAMENES GENERALES Y ESPECIFICOS DE ACUERDO AL RIESGO Y PUESTO DE TRABAJO (IMAGEN, LABORATORIO, Y OTROS).

EXAMEN	FECHA (aaaa/mm/dd)	RESULTADOS

OBSERVACIONES:

M. DIAGNOSTICO.					PRE = PRESUNTIVO ; DEF= DEFINITIVO.	CIE 10	PRE	DEF
1.	CONTROL OCUPACIONAL					Z00		X
2.								
3.								

N. APTITUD MEDICA PARA EL TRABAJO.

APTO.	X	APTO EN OBSERVACION.		APTO CON LIMITACIONES.		NO APTO.	
OBSERVACION.							
LIMITACION.							

O. RECOMENDACIONES Y OTROS TRATAMIENTOS.

CONTROL OCUPACIONAL ANUAL

SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA ANUALMENTE

CERTIFICO QUE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO EN RELACION A MI ESTADO DE SALUD ES VERDAD. SE ME HA INFORMADO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS A TOMAR PARA DISMINUIR O MITIGAR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON MI ACTIVIDAD LABORAL.

P. DATOS DEL PROFESIONAL.			
FECHA (aaaa/mm/dd)	NOMBRE Y APELLIDO	Codigo	FIRMA Y SELLO
2/7/2023	DRA GLORIA ZHICAY	1715709679	

Q. DATOS USUARIO.
Nombre y Apellido

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO - EMPRESA Y USUARIO.

INSTITUCION DEL SISTEMA O NOMBRE DE LA EMPRESA

NETBY

RUC

CIU

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

401301718

NUMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

MONTERO

SEGUNDO APELLIDO

REVELO

PRIMER NOMBRE

EVELYN

SEGUNDO NOMBRE

PATRICIA

SEXO

M

CARGO / OCUPACION

GERENTE DE PROYECTO

B. DATOS GENERALES.

FECHA DE EMISION:

2023

2

7

aaaa

mm

dd

FECHA DE INGRESO:

aaaa

mm

dd

EVALUACION:

INGRESO:

X

PERIODICO:

REINTEGRO:

SALIDA:

C. CONCEPTO PARA APTITUD LABORAL.

Despues de la valoracion medcia ocupacional se certifica que la persona en mencion, es calificada como:

APTO.

X

APTO EN OBSERVACION.

APTO CON LIMITACIONES.

NO APTO.

D. CONDICION DE SALUD AL MOMENTO DEL RETIRO.

Despues de la valoracion medica ocupacional se certifica las condciones de salud al momento del RETIRO com: :

SATISFACTORIO:

NO SATISFACTORIO:

E. RECOMENDACIONES.

CONTROL OCUPACIONAL ANUAL

SEGUIMIENTO DE GINECOLOGIA ANUALMENTE

Con este documento certfico, que el trabajador se ha sometido a la evaluacion medica requerida para (el ingreso / la ejecucion /el reintegro y el retiro) al puesto laboral y se ha informado sobre los riesgos relacionados con el trabajo, emitiendo recomendaciones con su estado de salud.

La presente certificacion se expide con base en la historia ocupacional del usuario (a), la cual tiene carácter de CONFIDENCIAL.

F. DATOS DEL PROFESIONAL.

FECHA (aaaa/mm/dd)

2/7/2023

NOMBRE Y APELLIDO

DRA GLORIA ZHICAY

Codigo

1715709679

FIRMA Y SELLO

Q. DATOS USUARIO.

Nombre y Apellido